

FACULTE DE MEDECINE

DE PARIS

Année 1955

N°

244

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Université)

par

Rose Marie Jacqueline CHARMANT

née le 3 Septembre 1929

à Port-au-Prince HAÏTI

Présentée et soutenue publiquement le

SUR DEUX CAS DE TUBERCULOSE ANNEXIELLE

SURVENUE APRES LA PRIMO-INFECTION

CHEZ DES ADOLESCENTES DE 14 ET 15 ANS

Président de Thèse : Mr. le Professeur LEVY-SOLAL

Editions A.G.E.M.P.

FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS

Nom du Candidat : CHARMA NT

Prénoms : Rose Marie Jacqueline

Date de la Soutenance :

N°

1

CHARMANT Rose Marie
Sur 2 cas de tuberculose
annexielle survenue
après la primo-infection
chez des adolescentes de
14 et 15 ans .
Thèse Méd.(univ.)Paris1955
N°
Dact. in-4° 32 p.
Editions AGEMP 1955

2

CHARMANT Rose Marie
Sur 2 cas de tuberculose
annexielle survenue
après la primo-infection
chez des adolescentes de
14 et 15 ans .
Thèse Méd.(univ.)Paris1955
N°
Dact. in-4° 32 p.
Editions AGEMP 1955

3

CHARMANT Rose Marie
Sur 2 cas de tuberculose
annexielle survenue
après la primo-infection
chez des adolescentes de
14 et 15 ans .
Thèse méd.(univ.)Paris1955
N°
Dact. in-4° 32 p.
Editions AGEMP 1955

4

CHARMANT Rose Marie
Sur 2 cas de tuberculose
annexielle survenue
après la primo-infection
chez des adolescentes de
14 et 15 ans .
Thèse méd.(univ.)Paris1955
N°
Dact. in-4° 32 p.
Editions AGEMP 1955

F A C U L T E D E M E D E C I N E

D E P A R I S

Année 1955

N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Université)

par

Rose Marie Jacqueline CHARMANT

née le 3 Septembre 1929

à Port-au-Prince HAÏTI

Présentée et soutenue publiquement le

SUR DEUX CAS DE TUBERCULOSE ANNEXIELLE

SURVENUE APRES LA PRIMO-INFECTION

CHEZ DES ADOLESCENTES DE 14 ET 15 ANS

Président de Thèse : Mr. le Professeur LEVY-SOLAL

Editions A.G.E.M.P.



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOIN - BRINDEAU - CADENAT - CARNOT - CHABROL -
CHEVASSU - CHIRAY - CLERC - DELBET - GOUGEROT (H) -
GUILLAIN - HARVIER - LAUBRY - LEMAITRE - LEMIERRE -
LHERMITTE - LIAN - LOEPER - MARION - MATHIEU -
MOCQUOT - MULON - OLIVIER (E) - OMBREDANNE - SANNIE -
SEZARY - TANON -

DOYEN Léon BINET
(Membre de l'Institut)

ASSESEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

MM.

Anatomic	CORDIER (G)
Anatomic Pathologique	DELARUE (A)
Bactériologie	GASTINEL (P)
Biologie appliquée à l'Education Nationale et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie Médicale	VERNE (J)
Cancérologie Médicale et Sociale .	HUGUENIN (R)
Carcinologie	OBERLING
(Hôtel-Dieu	BROCQ (P)
Cliniques (Broussais	DE GAUDARD D'ALLAINES
chirurgicales (Salpêtrière	MONDOR (H)
(Cochin	QUENU (J)
Clinique Chirurgicale réparatrice et Orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R)
Clinique de Cardiologie	DONZELOT (E)
Clinique de Chirurgie Infantile et d'Orthopédie	FEVRE (M)
Clinique de Chirurgie Pleuro-pul- monaire	MONOD (R)
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (E)
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de Puériculture	LELONG (M)
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies du sang	CHEVALIER (P)
Clinique des maladies du système nervoux	ALAJOUANINE (T)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R)
Cliniques des Maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Cliniques des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)

Clinique du Diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R)
Clinique Gynécologie	FUNCK-BRENTANO
Clinique Médicale d'Hydro-clima- tologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON
Clinique Médicale Propédeutique ... (Tarnier ..	PASTEUR-VALLERY-RADOT
Cliniques Obstétricales (Baudelocque (Port-Royal	LANTUEJOUL (P) LEVY-SOLAL (E) LACOMME (M)
Clinique Ophtalmologique	ELTER (E)
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	AUBIN (A)
Clinique Physio-Pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET (C)
Clinique Psychiatrique Infantile ..	HEUYER (C)
Clinique Rhumatologique	COSTE (F)
Clinique Stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique Thérapeutique Chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique Thérapeutique Médicale ...	LEMAIRE
Clinique Urologique	FEY (B)
Embryologie	GIROUD (A)
Génétique	LAMY (M)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	MOUQUIN (M)
Histologie	CHAMPY (C)
Hygiène et Clinique de la première enfance	CATHALA (J)
Hygiène et Médecine Préventive	JOANNON (C)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine Légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie et Histoire Naturelle Médicale	GAILLIARD (H)
Pathologie Chirurgicale	N
Pathologie Exotique	LAVIER (G)
Pathologie Expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie et Thérapeutique générales	N
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R)
Physico-Chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A)
Physiologie	SINET (L)
Physique médicale	STROHL (A)
Radiologie Médicale	DESGREZ (H)
Technique Chirurgicale	MOULONGUET (P)
Thérapeutique	TURPIN (R)
Chaire de la Clinique Médico- Sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN

- III - 6 PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRE DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	(DELMAS (A)
	(DEBEYRE (J)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552212_0039

Anatomie Pathologie	GAUTHIER-VILLARS Mlle P. Pr. s. ch. BUSSER (F) GOUYGOU
Bactériologie	FASQUELLE (R) NEVOT (A)
Biologie Médicale	BOURLIERE
Chimie Médicale	ETTORI (J) Pr.s.Ch. JAYLE (MF) Pr.s.Ch. SCHAPIRA (G)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT
Histologie	BUILLARD Pr.s.Ch. COUJARD (R)
Hydrologie	DEBRAY (C)
Hygiène	BOYER DUPARIS (M)
Médecine Légale	DEROBERT (L) HADENGUE GAULTIER (M)
Neuro-Chirurgie	DAVID
Neurologie	SEZE (S. de)
Obstétrique	GRASSET (J) LEPAGE (F) MAYER (M) MERGER (R) PAVINA (J) VARANGOT (J) MORIN
Ophtalmologie	OFFRET (G) DESVIGNES (P)
Orthopédie	JUDET
Oto-Rhino-Laryngologie	HALPHEN (E) P.s.ch. AUBRY MADURO (R) BRUMPT (L)
Parasitologie	CHABAUD
Parasitologie Coloniale	ABOULKER (P)
Pathologie Chirurgicale	BAUMANN (J) GOSSET (J) HUGUIER (J) LAURENCE (G) LEGER (L) OLIVIER (Cl) PADOVANI (P) LORTAT-JACOB POILLEUX (M) ROUX RUDLER (J.C.) VERNE (J.M.)
Pathologie Expérimentale	MERKLEN (P) BERNARD (J) BOUDIN (G)

IV -

Pathologie Médicale	CASTAIGNE (P)
	CONTE (M)
	DECOURT (J)
	DOMART (A)
	DREYFUS (Gilbert)
	FAUVERT (R)
	HAMBURGER (J)
	KOURILSKY (R)
	MILLIEZ (P)
	PERRAULT (M)
	RAMBERT (P)
	THIEFFRY (St)
	TURIAF (J)
	LAROCHE
	PEQUIGNOT
	LAMOTTE
Pédiatrie	LAPLANE (R)
	MARÉE (J)
Pharmacologie	LEVY Mlle Pr. s.ch.
	CHEYMOL (J.H.) Pr.s.ch.
Physique Médicale	DJOURNO (A)
	GOUGEROT (L)
Physiologie	BARGETON (D) Pr. s. ch.
	PARROT (J.L.)
Phtisiologie	KREIS
Psychiâtrie	BARUK (H)
Psychiâtrie Infantile	MICHAUX (L)
Stomatologie	CHAPUT Mme
	CERNEA
Puériculture	JOSEPH
Thérapeutique	PERRAULT Chargé de l'Enseignement.
Urologie	KUSS (R)

III - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le Service des Examens.

MM. BRINDEAU (A) (Obstétrique), FATELLIER (J) (Clinique
Chirurgicale), LE LORRIER (V) (Obstétrique),
J. DVAUDESCAL (R) (Obstétrique).

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Clinique Chirurgicale	AMELINE (A)
	MENEGAUX (G)
	PATEL (J)
	SICARD (A)

MM.

Clinique Médicale	BROUET (G) CACHERA (R) GARCIN (J) HAGUENEAU (M) MARCHAL (G) SOULIE (E)
Clinique Obstétricale	DIGONNET (L) EGALLE (G)
Clinique Ophtalmologique	RENART (G)
Clinique Urologique	COUVELAIRE (R)

MM.

Secrétaire de la Faculté	MOREL (J)
Secrétaire Adjoint	Mlle CHANTREUIL (F)

Conservateur	Dr. A. HAHN
Bibliothécaires	M. DOUAN (G), Mlles DUMAITRE (P), GOICHO (AM), LE NOIR (G), METIN (F)

Par délibération en date du 9 Déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon père le Dr. R. Charmant

A ma mère

Témoignage de ma profonde
affection

A mon fiancé

A tous les miens

A mes amis .

A notre président de thèse

Mr . LEVY - SOLAL

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique Obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin chef de la Maternité Baudelocque

qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse. Qu'il trouve ici l'expression
de nos remerciements et de notre reconnaissance.

Au Dr. R. PINARD

qui a bien voulu nous honorer de son amitié

Au Dr. DAVID

Chirurgien-chef de l'Hôpital de St. Denis .

Auprès de qui nous avons trouvé un accueil
bienveillant et un enseignement pratique
précieux .

Au Dr. DAMIENS

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris
Médecin assistant de l'Hôpital de St. Denis

qui nous a inspiré cette thèse . Nous lui
exprimons toute notre gratitude pour sa
sympathie et ses précieux conseils .

A tous nos maîtres .

I N T R O D U C T I O N

La localisation génitale du bacille de Koch chez la femme , suivant de près ou de loin la primo-infection paie un lourd tribut à la tuberculose . Se manifestant par une atteinte surtout péritonéale chez la jeune fille et plus spécialement annexielle chez la femme , nous avons pensé digne d'intérêt de contribuer à l'étude de la tuberculose génitale en relatant un cas personnel de tuberculose fibro-caséuse , pseudokystique chez une adolescente de 14 ans .

Après l'exposé de notre observation et d'un cas semblable trouvé dans la littérature , nous envisagerons :

- 1°) l'historique de la tuberculose génitale
- 2°) l'étiopathogénie
- 3°) l'anatomie pathologique
- 4°) l'étude clinique
- 5°) les examens paracliniques
- 6°) le traitement
- 7°) le pronostic fonctionnel
- 8°) la conclusion .

OBSERVATION I

Le 1er octobre 1953 nous voyons arriver à la consultation de gynécologie de St. Denis Mme M. accompagnée de sa fille de 14 ans . Cette dame nous confie en aparté que sa fille ayant eu un retard de règles de plusieurs mois et ayant vécu loin d'elle durant ce laps de temps, elle craint une grossesse . Par une pudeur bien justifiée elle n'a pas osé la questionner à ce sujet . Après avoir vu son médecin traitant , cette mère inquiète vient nous demander d'infirmier ou de confirmer ses présomptions .

A l'interrogatoire nous apprenons que Monique M., née à terme au mois d'Août 1939 a eu un accident dysentérique grave à 11 mois . En dehors des maladies infectieuses de l'enfance : rougeole , coqueluche , oreillons , varicelle, la petite Monique M. n'a souffert que de troubles digestifs jusqu'à l'âge de 7 ans . Troubles qui se sont manifestés par de la diarrhée .

Dès l'âge scolaire la cuti-réaction à la tuberculine a été systématiquement pratiquée et s'est montrée négative jusqu'en 1950 . La cuti-réaction du mois de décembre 1950 ainsi que la radioscopie pulmonaire faites à la même époque n'ont rien révélé de suspect . Mais à partir du mois de Janvier 1951 on note un amaigrissement avec une température se maintenant à 38,5 - 39° au mois de février . Au mois de mars des douleurs abdominales s'ajoutent à ce tableau très évocateur d'une typhobacillose . Le médecin de famille appelé à cette époque pratique une cuti-réaction qui se révèle positive . La radiographie pulmonaire montre une adénopathie hilare . La fillette est mise au traitement au P.A.S. per os puis envoyée dans un préventorium, du mois de Juillet 51 au mois de Mars 52 d'où elle revient guérie . Ses règles s'installent en Août au cours des vacances passées en Bretagne à la campagne , suivant un type hyperhormonal : 8 jours sans douleur, 4 à 5 garnitures par jour . Depuis la menstruation , Monique M. est sujette au ballonnement du ventre et à la diarrhée . Elle conserve malgré tout un assez bon état général jusqu'au mois de Mars 1953 .

En effet à cette date la température reparait et dure 3 semaines . La radio ne montre rien de nouveau . La malade est envoyée dans un aérium au mois de Juin : là les règles disparaissent 10 mois après leur installation

pour être remplacées par des pertes blanc-jaunâtres et des douleurs abdominales et lombaires presque continues. Au mois de septembre cet état ne fait qu'empirer : les pertes sont incessantes, les douleurs permanentes avec des paroxysmes. La malade ne présente aucun signe sympathique de grossesse, mais a maigri de 7 Kgs, va à la selle 2 à 3 fois par jour et fait de la température. Devant cet état inquiétant Mme M. consulte son médecin qui nous l'envoie.

EXAMEN

Nous sommes en présence d'une jeune fille de 14 ans, pâle, plutôt maigre, ayant une pilosité normale et des seins bien développés.

Au palper nous sentons un léger ballonnement et un empatement un peu douloureux dans la fosse iliaque gauche. L'hymen intact ne permet pas le toucher vaginal.

Au toucher rectal on sent une masse élargie pseudo-kystique, grosse comme un pamplemousse.

Bien qu'une grossesse soit improbable vu les antécédents et l'hymen intact nous demandons une réaction biologique de la grossesse. Les réactions de Friedmann-Brouha, de Gailli-Maïnini sont négatives. La réaction de Gailli-Maïnini se base sur le pouvoir qu'ont les gonadotrophines, excrétées dans les urines, de provoquer la spermiation chez les crapauds et chez les grenouilles mâles.

La réaction de Friedmann-Brouha consiste à injecter de l'urine de femme supposée enceinte chez la lapine par voie intraveineuse. Si la réaction est positive les ovaires se couvrent de follicules hémorragiques.

Cette aménorrhée de 4 mois chez une adolescente de 14 ans ayant eu une primo-infection bruyante, accompagnée de douleurs abdominales et présentant une masse kystique au toucher rectal faisait soupçonner davantage une localisation génitale du bacille de Koch qu'une grossesse.

L'intervention chirurgicale qui eut lieu le 12 octobre 53 vint confirmer cette hypothèse.

Compte rendu opératoire

Clinique chirurgicale de St. Denis.

Laparotomie sous-ombilicale.

Il s'agit d'une salpingite bacillaire très étendue; magma indissociablement dense du côté gauche. La trompe droite est prélevée pour examen histologique. Fermeture sur un drain. Streptomycine locale.

Examen histologique et biologique de la pièce :

Examen bactériologique direct. Coloration de Gram : Présence de quelques polynucléaires et nombreux lymphocytes altérés .

Flore microbienne représentée par quelques cocci gram positifs .

Coloration de Zielh : Il n'a pas été vu de B.K.

Cultures sur milieu de Lowenstein = négatives .

(L'inoculation au cobaye n'a pas été faite) .

Conclusion de l'histologiste :

Très importante lésion de salpingite tuberculeuse typique avec vastes plages de caséification .

Peu de jours après l'opération les règles reviennent , un peu abondantes . La malade dès son entrée à la clinique a été soumise à un traitement de streptomycine I.M. à raison de 1g. par jour . Elle recevra en tout 60 g. associés à 15 g. de P.A.S. par os et par jour .

Le 16 septembre 54 nous revoyons la malade , soit 11 mois après l'intervention et nous sommes stupéfaits du résultat obtenu par la cure héliomarine . Monique M. est maintenant une magnifique jeune fille aux joues pleines, à l'aspect robuste . Elle pèse 62 Kg. A son départ pour l'établissement de cure le 2 février, elle pesait 52 Kgs.600
Voici un résumé de son traitement :

- Calcium I.V. 7 fois par mois
- différents reconstituants comme l'activarol, le biogénol : 10 jours consécutifs par mois .
- Des rayons ultra-violets tous les 2 jours du 23 février au 23 mars en exposant progressivement de 2 à 20 minutes les membres , l'abdomen, le thorax . Ces rayons ont été remplacés à partir du mois d'avril par des bains de soleil d'une demi-heure tous les jours, le ventre étant découvert .
- Des bains de mer quand le temps le permettait de 10 à 20 minutes .
- 2 heures de sieste par jour .

Durant toute la cure la température matinale n'est jamais montée au delà de 37° et la vespérale n'a pas dépassée 37°2

La radiographie ne montre rien de suspect. Les règles ont été régulières suivant un cycle de 28 à 30 jours durant 5 à 6 jours. L'examen pratiqué le 16 septembre montre un abdomen souple . Au toucher rectal on ne perçoit que l'utérus qui est normal. Donc cliniquement la malade ne présente plus aucune lésion de tuberculose génitale en évolution .

OBSERVATION 2

Voici une observation de J.E. Marcel concernant une malade de 15 ans, dont les lésions salpingiennes découvertes à la laparotomie ont une certaine analogie avec celles de notre malade .

" Une fillette de 15 ans d'aspect florissant, atteinte depuis quelques mois de métrorragies que tous les traitements hormonaux ou autres sont incapables d'arrêter , nous est présentée le 23 octobre 1949 . La malade , petite , est très développée pour son âge . C'est une hyperhormonale typique . Un hymen assez ouvert mais non déchiré facilite l'examen qui se fait par voie rectale, vaginale et les deux combinées .

Le col est petit , attiré à droite , le corps d'apparence globuleuse repoussé à droite par une masse gauche de la taille d'un gros pamplemousse complètement indolore , assez dure, fixe , enclavée dans le petit bassin ; elle déborde dans le douglas et même du côté opposé . Cette masse paraît toutefois indépendante de ce que nous croyons être l'utérus : elle est donc anœxielle . Le diagnostic de kyste de l'ovaire posé avant nous ne nous satisfaisant pas , et comme il est difficile de faire une ponction , nous pratiquons une hystérographie . Grâce à certains artifices , elle est facilement réalisée quoique nous ne soyons pas absolument certains de la parfaite occlusion du museau de tanche . Or cette hystérographie nous révélant une cavité utérine agrandie , à bords irréguliers voire même une image lacunaire droite et l'absence totale des trompes, nous éliminons le diagnostic de kyste et nous penchons plutôt vers une tumeur de l'ovaire ou une tuberculose . C'est dans ces conditions que nous proposons une biopsie endométriale , mais la famille pour de multiples raisons , préfère qu'on intervienne le plus tôt possible .

A l'intervention (Dr. Boyer) on découvre une péritonite tuberculeuse d'origine pelvienne avec granulations généralisées sur tout le péritoine , un pyosalpinx bilatéral bloqué dans le pelvis , volumineux à gauche , moins important à droite . L'utérus y est pour ainsi dire noyé et absolument méconnaissable ; adhérences épiploïques . La masse étant inextirpable , après avoir aéré l'abdomen on ferme .

La malade est soumise alors à une streptomycinothérapie associée à de l'huile de Chaulmoogra et au P.A.S. Après 60 gr. , l'amélioration est considérable . L'utérus est maintenant reconnaissable entre 2 masses annexielles spectaculairement diminuées de volume . La malade est adressée à Leysin , où elle suit une cure de calcium et de vitamine D₂ . Trois mois après elle a gagné 3 Kgs. Localement , il persiste un tout petit noyau à droite et à gauche une coulée assez basse . L'utérus est maintenant mobile . On continue le traitement par la calcithérapie associée à la vitamine D₂ et au vaccin de Vaudremer . Quelques mois après , la malade ayant repris une vie à peu près normale , nouvelle poussée , toujours à gauche avec une masse douloureuse , très nettement perceptible . On reprend , avec le repos au lit , la streptomycinothérapie et au bout de quelque temps , nouvelle amélioration. Il en fut ainsi plusieurs fois avec des sédations et des récidives pendant au moins un an . A la suite de quoi on décida d'intervenir sous couverture antibiotique . On pratiqua une hystérectomie subtotale assez difficile et la malade guérit rapidement. La pièce fut adressée à l'anatomopathologiste qui répondit assez curieusement : " Les divers fragments prélevés ne montrent pas d'altérations pathologiques appréciables de la paroi utérine . La muqueuse corporéale est de type cylindrique , correspondant du point de vue cytohormonale à la fin du stade de régénération . Les deux trompes sont très atrophiques , la lumière est réduite à un mince canal. Pas d'image inflammatoire . Ovaires volumineux , kystiques , renfermant de nombreux follicules primordiaux . D'un côté existe un important abcès intraovarien . Cette formation est déjà ancienne avec tissu de granulation subaiguë et de très nombreux cristaux d'acide gras . Présence d'une importante hydatique pédiculée . Il s'agit donc, en résumé , d'une ovarite subaiguë abcédée banale . Aucun signe de tuberculose actuelle "

Telle est l'histoire de cette malade maintenant une splendide jeune fille à qui, pour éviter des troubles hormonaux on implante des pellets d'oestrogènes et de progestérone . Etat actuel : parfait et local et général "

Nous pouvons conclure de ces deux observations :

1°) Que l'on est trop souvent porté à faire le diagnostic de kyste de l'ovaire chez des jeunes filles

présentant une masse annexielle .

2°) Qu'il faut tenir grand compte des antécédents tuberculeux surtout à cet âge .

3°) Que l'on peut rencontrer chez la jeune fille une forme annexielle avec pelvipéritonite fibrocaséuse quoiqu'on la trouve plus fréquemment chez la femme plus âgée .

4°) Que les troubles menstruels peuvent être différents : aménorrhée ou métrorragie . Les métrorragies étant plus fréquentes d'après certains auteurs .

5°) Qu'il existe une période de latence certaine avant les manifestations cliniques : ballonnement , douleurs , métrorragies , aménorrhées qui attirent l'attention sur des lésions déjà fort avancées .

6°) Le traitement médical peut guérir les lésions à condition d'être prolongé .

7°) Le pronostic fonctionnel est sérieux puisque dans l'un des cas l'évolution de la maladie a conduit à l'hystérectomie , et dans l'autre cas il ne subsiste qu'une trompe , la gauche ; qui a été le plus atteinte par le processus tuberculeux chez ces 2 malades .

HISTORIQUE

Morgagni en 1744, dans " De rebus et causis morborum" publia la première observation de tuberculose génitale . Il s'agissait d'une forme péritonéo-génitale chez une jeune fille de 20 ans . Dans les "archives générales de Médecine" Senn et Reynaud publièrent en 1831 le second cas . Plus tard Aran , et Brouardel dans sa thèse de 1865 étudient les différents aspects macroscopiques et les variétés anatomo-pathologiques de la tuberculose annexielle .

Après la découverte du bacille de Koch , Hegar, Cornil, Termillon font des publications sur le traitement et l'anatomie pathologique , Coheim sur la pathogénie . Le premier il émit l'hypothèse de la transmission sexuelle . Marie Gorovitz, dans sa thèse en 1901, donna le résultat des expérimentations sur la réceptivité des différents organes sexuels au B.K.

Jean-Louis Faure , Martin et Veit prirent une part active au congrès international de Rome sur la tuberculose génitale féminine en 1901 .

Dans cette étude clinique, pathogénique , anatomo-pathologique et thérapeutique, il faut citer les publications de :

Lenormand en 1909

Delore, Chalier en 1920

Ricard, Comte en 1925

Daniel en 1932

Brocq, Moulonguet et Gibert en 1933

qui firent une mise au point clinique et thérapeutique au 8ème congrès de l'association des Gynécologues et Obstétriciens . Mr. et Mme Mathey-Cornet , Aimes en France, Korvac en Allemagne introduisent l'héliothérapie et la roeutgenthérapie dans le traitement des annexites tuberculeuses .

Vers la même époque Schockaert et Scharman utilisent la biopsie de l'endomètre dans le diagnostic de la tuberculose tubaire .

Le 12ème congrès de Gynécologie de Montpellier en Mai 1948 consacré uniquement à la tuberculose génitale permit de faire le point sur toutes les données :étiopathogéniques, cliniques , thérapeutiques concernant la tuberculose annexielle .

Wood , au congrès de Gynécologie de Paris en 1951 , apporta les notions actuelles sur cette localisation de la tuberculose .

Wood, au congrès de Gynécologie de Paris en 1951, apporta les notions actuelles sur cette localisation de la tuberculose .

ETIOLOGIE , PATHOGENIE

Il est généralement admis que l'infection tuberculeuse génitale est provoquée par le bacille de Koch humain . Cependant le B.K. d'origine bovine peut être le point de départ des lésions utérines et annexielles quand le chancre d'inoculation débute au niveau du tractus digestif - (Held) -

Dans la plupart des cas la lésion génitale est secondaire à une lésion primaire située dans un autre organe : les poumons , le péritoine . L'infection se propageant par voie sanguine , lymphatique , tubaire . C'est la voie sanguine qui est le plus souvent adoptée (Brocq , Moulonguet) .

Les coïts infectants si le partemaire est atteint d'une tuberculose testiculaire ou épидидymaire sont rares et provoquent une tuberculose du col et de l'endomètre avant de se généraliser aux annexes .

Le contact infectant par du linge sale chez les toutes petites filles est tout à fait exceptionnel .

La localisation génitale de la tuberculose relève d'un grand nombre de facteurs . Il est certain que l'âge , le sexe , les antécédents constituent un terrain sur lequel le B.K. pourra se développer . Comme la lésion génitale fait suite à une localisation antérieure de la tuberculose on la verra apparaître après l'âge moyen de la primo-infection .

D'après les statistiques françaises de P. Nobécourt , S.B. Briska en 1934 :

22,9 % des enfants de 3 ans réagissent à la tuberculine . Le pourcentage monte rapidement avec l'âge et est de

60 % à 10 ans

62 % à 12 ans

75 % à 15 ans .

d'après les statistiques de : Mantoux

Marfan , Brunet

R. Debré .

En Belgique et dans la plupart des autres pays d'Europe les résultats des épreuves tuberculiniques sont comparables à celles de la France. Les filles étant en général plus souvent atteintes que les garçons (Nobécourt , D.J. Dow , Hoyd) .

La puberté chez les filles est donc un âge critique et l'on comprend que la congestion menstruelle

favorise une réceptivité particulière pour le développement du b.K. En effet , on ne trouve de lésions annexielles qu'entre 14 et 40 ans en moyenne , c'est-à-dire en pleine période d'activité génitale et sexuelle .

Certaines lésions latentes depuis l'adolescence peuvent se révéler à la suite des premiers rapports sexuels, du premier accouchement, de manoeuvres gynécologiques telles que : curettage , insuflation tubaire , hystérosalpingographie .

Dans notre observation Monique M; eut ses premiers troubles menstruels 18 mois après son virage de cuti-réaction , et 8 mois après ses premières règles . Si on se rappelle l'état précaire de sa santé pendant sa seconde enfance, les troubles intestinaux importants dont elle souffrit, on peut supposer que les altérations inflammatoires de son petit bassin la prédisposaient à faire une localisation péritonéo-génitale de la tuberculose .

Les influences morbides, les maladies infectieuses , la carence alimentaire , le surmenage comme pour toute tuberculose peuvent favoriser le développement de la tuberculose génitale .

Fréquence :

Brouardel en 1865 et beaucoup de ceux qui vinrent après lui ont longtemps considéré la localisation génitale de la tuberculose comme tout à fait exceptionnelle . Elle ne dépassait pas 2 % , 3 % du pourcentage des salpingites . Avec les moyens actuels de dépistage , on peut dire sans exagérer que :

10 % des salpingites opérées sont tuberculeuses (d'après Delore et Chalié , Lenormand et Forgue) .

18 % d'après Turner - Beyca.

8 % d'après Brocq , Moulonguet , Gibert .

Si l'on considère qu'il y a beaucoup de formes latentes qui échappent au diagnostic , un chiffre moyen de 12 % est bien près de la réalité .

Les formes associées à la tuberculose pulmonaire évolutive sont peu fréquentes classiquement . Cependant il est fort possible que nombre de cas passent inaperçus - dans les sanatoria où l'on est surtout préoccupé par les lésions pulmonaires .

ANATOMIE - PATHOLOGIQUE

Il faut distinguer :

- des formes aiguës évolutives
- des formes chroniques d'emblée .

Parmi les premières : La tuberculose salpingo-péritonéale ascitique se manifeste macroscopiquement par :

- une grande quantité de liquide séro-fibrineux dans la cavité péritonéale (5 litres , parfois 10)
- une congestion du péritoine qui a un aspect velouté, parsemé de fines granulations grises . Ces granulations se retrouvent sur l'épiploon et l'intestin .

Sur les trompes , le ligament large , le fond utérin , les granulations miliaires sont plus volumineuses , disséminées sur la face externe des trompes, au niveau du pavillon . Les trompes sont rouges , plus ou moins augmentées de volume . Les ovaires sont également atteints . Mais les lésions sont plus difficiles à reconnaître, disparaissant au milieu des lésions complexes de pelvipéritonite .

La musculature tubaire est indemne, la muqueuse hypertrophiée est semée de follicules tuberculeux typiques : plages de caséification et couronnes lymphocytaires

La tuberculose fibro-caséuse .

qu'on rencontre plus souvent chez les femmes adultes alors que la forme précédente se voit généralement chez les jeunes filles , est caractérisée macroscopiquement par :

- des trompes turgescents dont la pression fait sourdfo du pus.
- Il y a des adhérences multiples avec les organes voisins , des abcès ; une ascite enkystée ou cloisonnée, purulente ou séreuse selon le degré d'évolution des lésions . Il y a parfois formation d'un pyosalpinx bilatéral siégeant dans le Douglas ou adhérent à la face postérieure du ligament large . Le contenu est formé d'un pus lié ou grumeleux avec du caséum .

Microscopiquement :

Les parois de la trompe sont fibreuses , infiltrées de follicules tuberculeux . Les ovaires sont remplis de nodules caséux qui peuvent se réunir pour former un abcès froid intra-ovarien .

On distingue dans les formes chroniques :

L'abcès froid tubaire, grosse poche à paroi lisse et scléreuse, mobile, sans adhérence contenant un pus grumeleux, mal lié.

Microscopie : en général on ne trouve pas de B.K. dans le pus, l'examen histologique révèle des follicules tuberculeux dans la paroi de l'abcès.

L'abcès froid de l'ovaire est rare.

La salpingite nodulaire et l'hydrosalpinx tuberculeux évoluent fréquemment vers une forme de salpingite chronique fibreuse sténosante qui est une forme de guérison de la salpingite tuberculeuse. L'hydrosalpinx est une poche plus ou moins grosse, généralement bilatérale, occupant la partie externe de la trompe, à liquide clair, citrin. A la coupe, la paroi paraît parsemée de follicules tuberculeux entourés d'un tissu de sclérose. A l'examen histologique on trouve des lésions tuberculeuses à l'intérieur des formations glandulaires.

ETUDE CLINIQUE

La tuberculose annexielle se manifeste le plus souvent chez la jeune fille par une forme salpingopéritonéale appelée :

Ascite bacillaire des jeunes filles

Dans les formes aiguës le début brutal signe un tableau de péritonite par : les vomissements , l'arrêt des matières , la contracture , l'hyperthermie . L'ascite souvent modérée est difficile à mettre en évidence, les douleurs sont violentes spontanément .

Dans les formes subaiguës , il y a une atténuation des signes précédents : les douleurs sont moins fortes avec des périodes d'accalmie . Il y a moins de vomissement , la température est moins élevée . A l'examen la contracture est remplacée par une défense de la paroi , mais l'ascite est plus importante .

Les formes chroniques sont soit l'aboutissant des formes précédentes , soit l'évolution normale d'une bacillose développée à bas bruits . Le tableau clinique est représenté par : un amaigrissement progressif , de l'anorexie , de l'asthénie , des signes digestifs à type de diarrhée , d'alternatives de diarrhée et de constipation ; du ballonnement et des douleurs abdominales . Les troubles menstruels sont à type d'aménorrhée ou de métrorragies . La température est peu élevée . A l'examen l'épanchement est libre , rarement cloisonné ; citrin , rarement louche .

S'il s'agit d'une jeune fille vierge , au toucher rectal on trouve un utérus hypoplasie , les annexes sont sensibles , le douglas bombe et est fluctuant .

L'évolution se fait vers la guérison dans la majorité des cas avec comme séquelles une obturation tubaire . Elle peut évoluer dans les cas moins heureux vers la salpingite caséuse ou l'abcès froid tubaire .

Le diagnostic différentiel dans les formes aiguës doit être fait avec :

- l'appendicite où la douleur siège dans la fosse iliaque droite et où la contracture est moins étendue .
- une torsion de kyste de l'ovaire où la douleur est syncopale , la température normale ou peu élevée (38°)
- une péritonite à pneumocoques chez les sujets très jeunes .

Dans les formes chroniques il faudra éliminer : un kyste de l'ovaire , une hydronéphrose , une tumeur

ovarienne accompagnée d'ascite . L'examen du liquide de ponction dont le sédiment est riche en lymphocytes, oriente le diagnostic . L'inoculation au cobaye n'est pas toujours suivie de tuberculisation de l'animal .

La deuxième forme aiguë classique de tuberculose annexielle est la pelvipéritonite fibrocaséuse qu'avaient présentée notre malade et celle de J.E. Marcel . C'est la forme la plus fréquente et la plus grave . Il s'agit généralement de femme âgées de 22 à 40 ans . Les deux malades dont l'observation a motivé cette thèse font exception à cette règle puisqu'elles avaient 14 et 15 ans . L'accident initial peut être une pelvipéritonite rapportée à différentes causes chez des femmes non vierges . Le début peut se faire d'une façon plus insidieuse : par des douleurs , des troubles menstruels , de la température .

Celle-ci est subfébrile . Les douleurs se font par poussées surtout au moment des règles . L'état général demeure satisfaisant très longtemps ou peut être atteint relativement tôt .

Au toucher vaginal on sent des masses annexielles qui sont fixées dans les culs-de-sac latéraux et le Douglas . Le toucher n'est pas douloureux dans les cas à types de salpingite où les annexes sont seulement tuméfiées . Il faut noter la disproportion entre l'étendue des lésions anciennes et la faible intensité de la douleur .

Comme nous l'avons vu en anatomie pathologique c'est une forme excessivement mutilante , ou le processus de fibrose et de caséification favorisent des adhérences épaisses et multiples qui envahissent le pelvis créant de véritables masses tumorales qu'on peut percevoir à la palpation . Les troubles menstruels manquent tout à fait exceptionnellement , ils sont à type : d'aménorrhée 6,5 %, ce fut le cas de notre malade , d'hyperménorrhée 41,5 % ce fut le cas de l'observation 2 ; de leucorrhée .

L'évolution se fait vers la fistulisation intestinale , vaginale , si un traitement actif n'intervient pas pour arrêter le processus de fibrose et de caséification .

Pour faire le diagnostic de pelvipéritonite fibrocaséuse " ce qui est caractéristique , dit Moulon-guet, c'est moins la symptomatologie à un moment donné que l'allure évolutive de la salpingopelvipéritonite " . Néanmoins toutes les annexites empruntent en partie la symptomatologie de l'annexite tuberculeuse fibrocaséuse . Il faudra donc éliminer :

- les annexites à gonocoques
- les annexites du post-partum et du post-abortionum
 qu'on ne voit pas chez les jeunes filles
 vierges .
- les annexites colibacillaires
- les ovarites sclérokystiques
- les péritonites localisées et les péritonites
généralisées par perforation appendiculaire , gastrique
ou intestinale sont d'élimination assez facile . Par contre
les kystes de l'ovaire de petit et moyen volume simulent
par leur symptomatologie fonctionnelle et leurs signes
physiques une tuberculose annexielle fibrocaséuse .
C'est d'ailleurs le premier diagnostic qui avait été posé
pour la malade de J.E. Marcel et la nôtre .

Tuberculose annexielle chronique

L'abcès froid tubaire peut se révéler brutalement par une torsion ou une rupture , ce qui prouve la latence absolue de son évolution . Dans les cas les plus courants il s'agit d'une jeune fille ou d'une jeune femme de 20 à 30 ans qui présente de l'anorexie , des troubles digestifs variés et des troubles menstruels . Les règles sont douloureuses , irrégulières , parfois il y a de l'aménorrhée .

Au toucher vaginal on sent un utérus normal ou petit , entre 2 masses (l'abcès froid tubaire est bilatéral) plus ou moins volumineuses et sont de consistance molle .

Le premier diagnostic qui vient à l'esprit pour ces malades qui ont un état général bien conservé est le kyste de l'ovaire . Bien souvent on ne rétablira le diagnostic positif qu'à l'intervention .

L'hydrosalpinx tuberculeux ressemble à toutes les tuméfactions annexielles liquidielles . Il évolue sans atteinte marquée de l'état général et c'est l'examen histologique qui tranchera l'origine tuberculeuse de cet hydrosalpinx .

" Parfois au cours d'une intervention pour stérilité on ne découvre que des trompes rétractées , scléreuses , symphysées au paramètre témoignant d'un processus cicatriciel dont le microscope seul affirmera l'origine " . L'observation suivante de J. Cotte et de Guillemin illustre bien cette latence parfois absolue de la tuberculose annexielle .

" Elle concerne une jeune femme mariée depuis 3 ans et qui vient consulter uniquement parce qu'elle n'a pas d'enfant . Réglée à 16 ans , ses règles ont

toujours été régulières , s'accompagnant de légères douleurs . De loin en loin les règles sont plus douloureuses, nécessitant un jour de lit . A part cela rien à signaler dans les antécédents , bonne santé habituelle . Le 20 mars 1944 au toucher on constate l'existence d'une certaine hypoplasie génitale avec vagin court et utérus en retroversion . Sur le côté droit de l'utérus on perçoit nettement l'ovaire .

L'intervention pratiquée le 18 avril montre de chaque côté l'existence de trompes épaissies et fermées avec adhérences de l'ovaire à la face postérieure du paramètre . La portion interstitielle de la trompe elle-même est indurée , ce qui amène à faire un évidement de la corne . Salpingectomie bilatérale; appendicectomie complémentaire ; péritonisation avec le péritoine vésical .

A l'examen de la pièce , les trompes épaissies ne renferment pas de pus ; l'examen histologique révèle l'existence de lésions bacillaires en évolution .

Revue fin février 45 la malade va bien , elle a repris 7 kgs.

La tuberculose de l'endomètre n'est jamais isolée et s'associe toujours aux lésions annexielles . Elle est découverte fortuitement lors d'un examen biopsique pour troubles menstruels .

La tuberculose ovarienne isolée est moins fréquente que la tuberculose tubaire. Le début peut être insidieux ou brutal réalisant un tableau d'occlusion intestinale avec douleurs violentes . Tout va rentrer dans l'ordre puis évoluer par poussées rythmées par les règles , la fatigue . Au toucher les culs-de-sac sont empâtés, douloureux . Le diagnostic est très difficile et n'est pour ainsi dire jamais fait avant la laparotomie .

Les formes de tuberculose génitale associées à d'autres localisations en évolution sont classiquement rares . On peut toutefois penser que dans les sanatoria les lésions pulmonaires prédominent et qu'on ne recherche pas systématiquement les lésions génitales . Sur 25 femmes examinées au point de vue gynécologique dans un sanatorium par O'Priscoll 6 d'entre elles présentaient des lésions génitales . Dans une étude de 19 cas fatals chez des enfants et des adolescentes par E. Pilla et F. Marconi, l'autopsie a révélé une atteinte génitale de 20 % d'adolescentes âgées de 13 à 16 ans . Les lésions étaient bilatérales, associées souvent à une tuberculose caséuse de l'endomètre . L'auteur conclue qu'il y aurait chez les jeunes une tendance à faire des lésions concomitantes nombreuses et graves .

EXAMENS PARACLINIQUES

Pour notre observation personnelle et celle de J.E. Marcel le diagnostic n'a été évident qu'à la laparotomie . Il en est de même dans beaucoup de cas publiés dans la littérature . C'est donc dire que le diagnostic clinique de la tuberculose génitale est souvent difficile . S'il s'agit de malades jeunes et vierges on peut facilement écarter le diagnostic de salpingite gonococcique ou d'origine puerpérale . L'erreur la plus commune est de prendre la masse annexielle pour un kyste de l'ovaire, surtout que les troubles menstruels accompagnent dans la majorité des cas ce pseudo-kyste et que l'état général est relativement bien conservé . Devant toute irrégularité menstruelle chez une adolescente présentant une tumeur au toucher rectal ou vaginal , il faudra relever scrupuleusement ses antécédents personnels de bacillose et pratiquer certains examens paracliniques capables de dépister une tuberculose génitale .

La cuti et l'intradermoréaction de Mantoux renseignent sur l'atteinte possible de l'organisme par le B.K. On utilise une solution de tuberculine au 1/10.000 pour la cuti-réaction et au 1/1000 ou 1/100 pour l'intradermo-réaction . Pour Monique M. la cuti avait viré 2 ans avant le début des troubles menstruels , et 4 ans auparavant pour la malade de l'observation 2 . Chez d'autres malades , pour lesquelles on n'a pas recherché cette réaction on note une pleurésie séro-fibrineuse , une adénite cervicale , une péritonite dont l'origine tuberculeuse n'est pas douteuse .

La vitesse de sédimentation technique de Westergren si elle est accélérée peut aider à orienter le diagnostic vers un processus tuberculeux en évolution .

On aspire 0,4 cm³ d'une solution citratée à 3,8 % . On prélève ensuite 1,6 cm³ de sang en évitant toute bulle d'air . On vide le sang mélangé au citrate de soude dans un tube à hémolyse qu'on ferme et qu'on agite doucement . On aspire alors à l'aide du capuchon de caoutchouc du tube de Westergren le sang citraté jusqu'à la graduation 0 . On place le tube sédiométrique sur son support à l'abri des chocs et on note l'heure .

Le résultat se lit à la fin de la 1ère, 2ème, 24 ème heure . La lecture consiste à apprécier la hauteur du plasma surnageant .

Normalement pour la ferre le résultat est le suivant:

1 h	10 mm
2 h	20 mm
24 h	85 mm

S'il s'agit de tuberculose , il peut être de 18 à la 1 ère heure
40 à la 2 ère etc ...

C'est un moyen efficace de surveillance après la primo-infection . Il faudra pratiquer ce test à intervalles réguliers pour déceler une localisation extra pulmonaire, génitale qui souvent à son début n'a pas de manifestation clinique . Ce test n'est pas spécifique de la tuberculose mais permet de suivre l'évolution du processus infectieux , d'apprécier sa régression et de confirmer la guérison .

La réaction de Vernes à la resorcine pas plus spécifique que la précédente est intéressante parce qu'elle peut être pratiquée par le médecin et qu'elle a une valeur d'orientation dans le diagnostic .

On prélève le sang de la malade à jeun . On met dans un tube à hémolyse 0,6 cm³ de sérum et 0,6 cm³ de la solution

Résorcine pure	1,25 g
Eau distillée	100 cm ³

On mélange en agitant. On lit immédiatement après la densité optique au photomètre de Vernes . On bouche ensuite le tube en le laissant à la température locale pendant 4 h. On mesure à nouveau la densité optique . la différence entre les 2 lectures donne l'intensité de la réaction .

Un indice de réaction inférieur à 10 montre l'absence de tout phénomène inflammatoire en évolution. Au dessus de 15, il existe un processus évolutif dont la nature n'est pas forcément tuberculeuse . Dans la tuberculose les indices sont supérieurs à 30 . De valeur discutée, la réaction de Vernes résorcine apporte cependant de précieux renseignements si sa positivité persiste et c'est aussi un test pronostic .

L'hystérosalpingographie , technique très controversée dans le dépistage des lésions de tuberculose génitale, est plus difficile à réaliser chez les jeunes filles vierges que chez la femme . Elle peut cependant être pratiquée comme elle l'a été pour la malade de J. Marcel. Elle consiste en l'injection intrautérine au moyen d'une sonde , d'une quantité variable de li-piodol ou de diodone (produit organo-iodé en solution

aqueuse), substances de contraste permettant de voir la forme de la cavité utérine, l'état des trompes .

" Les images fournies par l'H.S.G. sont quelquefois communes à toute annexite - dit Marcel - et il est impossible faute de contexte clinique ou de laboratoire de leur reconnaître une nature tuberculeuse . Et cependant l'étude anatomo-pathologique de certains hydrosalpinx, découverts chez des femmes stériles sans antécédents aucuns a montré à Séguy et Huguenin qu'ils étaient de nature tuberculeuse . Sur 62 malades stériles primaires porteuses d'occlusions tubaires partielles ou totales, Halbrecht a dénombré 26, soit 40,6 % d'origine tuberculeuse vérifiées par la biopsie dans 24 cas ou par la culture dans 2 observations "

L'H.S.G. faite avec des précautions contre le risque d'activation des lésions, comme le repos et les antibiotiques, donne certaines images que Dalsace croit assez caractéristiques . Ce serait :

- 1°) des trompes largement dilatées
- 2°) des images raculaires dans un péritoine cloisonné .

Magnusson a trouvé dans l'H.S.G. de 12 malades avec vérification anatomo-pathologique :

- dans 9 cas : un trouble du remplissage avec des irrégularités , des dilatations
- dans 3 cas , des distensions limitées avec des prolongements latéraux rappelant l'endométriose .
- des contours rectilignes et rigides des trompes.
- sur quelques clichés de Madsen la dilatation siégeait au niveau de l'oblitération formant ainsi un sactosalpinx .
- on pouvait également voir des images en gouttes dans le cas d'ascite à la radio de contrôle.

Il est indéniable que l'H.S.G. donne des renseignements utiles sur l'état des trompes . Cependant pour faire un diagnostic etiologique exact des lésions il faudra pratiquer des examens histologiques , bactériologiques qui confirmeront la présence de B.K.

La biopsie de l'endomètre peut montrer par la présence de follicules tuberculeux typiques la propagation ou l'association de la tuberculose annexielle à la muqueuse utérine .

Elle devrait se pratiquer à la période immédiate-ment prémenstruelle car c'est à ce moment qu'on observe les follicules les plus caractéristiques . A l'aide de la curette de Novak on racle la muqueuse utérine du fond vers le col en aspirant . Puis on fixe les fragments dans

du Bouin trichloracétique .

L'examen histologique du fragment décèle des follicules tuberculeux à cellules géantes . Au centre se voit une zone de caséification qui est entourée d'une couronne lympho-épithélioïde .

S'il peut aider au diagnostic , on ne saurait trop se fier à ce seul test pour démontrer l'origine tuberculeuse de lésions . Au congrès de Montpellier de 1948 Netter a rappelé les ressemblances entre le follicule tuberculeux et certaines lésions syphilitiques . Des images semblables ont été trouvées avec la localisation utérine de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann .

L'inoculation au cobaye à partir des produits biopsiques donne des résultats souvent négatifs , bien qu'il s'agisse réellement de tuberculose endométriale . Le prélèvement a pu être fait à côté des lésions , ou bien le nombre de bacilles n'était pas suffisant pour provoquer la tuberculisation de l'animal . On dispose actuellement d'autres procédés plus efficaces pour mettre le B.K. en évidence mais qui malheureusement ne sont pas très répandus .

La culture des pertes menstruelles instituée par Halbrecht s'est révélée d'un concours très précieux dans le dépistage de la tuberculose annexielle .

On aspire le sang menstruel à l'aide d'un cathéter s'adaptant sur le col utérin et relié à une sonde vésicale , le 1er ou le 2ème jour des règles . Le sang menstruel se trouve mélangé à du mucus endocervical et à des fragments de muqueuse utérine . Il faut exprimer le col entre les deux valves du spéculum .

On injecte le contenu de la sonde dans 2cm³ de sérum physiologique ou d'eau distillée qui servent de liquide récepteur . Halbrecht rapporte des cas où il a aspiré le sang simplement à la surface du vagin quand l'hymen était intact ou la malade immobilisée dans une gouttière . Les milieux utilisés sont de Petraghni ou de Lowenstein . Le liquide récepteur additionné de sang est mélangé à 1 ou 2 cm³ d'acide sulfurique à 8 % . On mélange le tout pendant 10 minutes . On ajoute 2 à 4 cm³ de soude à 4 % , on mélange pendant 5 minutes , on centrifuge 10 minutes (3.000 tours à la minute) . On lave alors le centrifugat 2 ou 3 fois avec du sérum physiologique . On met la culture en milieu de Petregani (l'asparagine entrant dans la composition du milieu doit être levogyre) qu'on laisse 8 semaines pour la croissance éventuelle du B.K. La culture peut être faite avec les sécrétions intermenstruelles .

Pour inoculer le cobaye , il faut centrifuger les secrétions 15 minutes avant l'injection et y ajouter 50.000 unités de pénicilline pour empêcher le développement des germes associés .

Si malgré la culture , l'inoculation au cobaye, la biopsie, on ne peut faire la preuve de l'origine tuberculeuse des lésions , on pourra recourir à la caelioscopie qui tout en ne présentant pas les frais d'une opération en a les avantages puisqu'elle permet de voir et de situer les lésions .

La caelioscopie dans des mains expérimentées est capable de rendre de très grands services . C'est Ruddock de Los Angeles qui depuis 1935 l'a employée d'une façon courante pour le diagnostic des ascites , des affections du péritoine , de l'estomac et surtout du foie .

En France les premiers essais datent de 1942 . Palmer y introduisit la caelioscopie gynécologique . Il contribua aux progrès de la méthode en apportant l'utilisation combinée d'une canule intra-utérine qui permet de varier la position de l'utérus au cours de l'intervention . La caelioscopie consiste en " l'endoscopie de la cavité abdominale, préalablement distendue par un pneumopéritoine artificiel " Elle se pratique soit par voie abdominale : caelioscopie transpariétale ; soit par voie vaginale : culdoscopie , coelioscopie transvaginale . La voie transvaginale est d'abord plus simple , mais requiert une expérience endoscopique plus grande . Elle est indiquée toutes les fois que l'on craint une complication par la voie pariétale : la perforation intestinale qu'on doit redouter toutes les fois qu'on soupçonne une affection particulièrement sclérogène comme la tuberculose . Les 8 perforations survenues sur 500 péritonéoscopie de Ruddock étaient dues à des adhérences tuberculeuses . L'hémorragie due à la blessure d'une branche artérielle est tout à fait exceptionnelle ainsi que l'embolie gazeuse .

La voie pariétale est indiquée lorsque l'encombrement du cul-de-sac de Douglas par : une retroversion utérine fixée, une annexite prolapsée et fixée , un pelvis bloqué , un hymen intact, rend dangereux la voie vaginale. Les renseignements fournis par cette intervention très simple d'exécution sont variés :

- 1°) On peut voir l'origine d'une masse tumorale; si elle est utérine, tubaire ou ovarienne .

- 2°) On peut se rendre compte de sa nature. Est-elle fibreuse , kystique, cancéreuse, parsemée de follicules tuberculeux ?

- 3°) Des prélèvements biopsiques d'ascite peuvent être pratiqués au cours de l'intervention, augmentant ainsi la possibilité de contrôler le diagnostic posé à la simple vue des lésions .

Il est à souhaiter que cette méthode d'exploration se généralise de plus en plus, car par sa simplicité et sa bénignité elle remplace avantageusement la laparotomie . Elle évite aux malades le séjour prolongé à l'hôpital , les malaises dus à l'anesthésie générale , les cicatrices . Elle peut commander l'opération d'urgence devant une grossesse extra-utérine non rompue , de volumineux abcès tubaires . Elle indique parfois l'abstention opératoire devant des adhérences trop nombreuses .

LE TRAITEMENT MEDICAL

dans la tuberculose annexielle a une importance considérable. Aimes déclarait en 1948 au congrès de Montpellier :

" La tuberculose génitale de la femme est le type de l'association médecine - chirurgie et dans cette association le traitement médical doit tenir une grande place. Si une opération est indiquée , il faut la retarder toujours, jusqu'à la fin de la période d'invasion, ne pas intervenir en période fébrile , ni au cours des poussées douloureuses . Une bonne préparation des malades est donc indispensable et après l'intervention le traitement médical doit être longtemps continué ."

Grâce à la streptomycine découverte en 1944 les indications opératoires même furent restreintes puisque le nouvel antibiotique se révéla d'une efficacité absolue envers les formes évolutives bacillémiques , les plus dangereuses . C'était la première fois qu'on trouvait un agent antibactérien susceptible d'être utilisé sans risques pendant une période suffisamment longue pour amener la guérison .

Il y a quelques désavantages à son emploi : ce sont des troubles vestibulaires , l'atteinte de la 8ème paire crânienne. La résistance du bacille se manifeste au bout de 120 jours de traitement et parfois avant . Il s'agissait donc de conserver la sensibilité du bacille afin de permettre à l'antibiotique d'agir efficacement . On a pu résoudre ce problème en associant la P.A.S. à la streptomycine . Cette association retarde l'apparition de la résistance du B.K.

Le traitement consiste à administrer

1 g. de streptomycine pro die

et 10 ou 15 g. de P.A.S. par jour et per os .

S'il y a de l'intolérance au P.A.S. on pourra baisser la dose jusqu'à 5 g.

Ainsi le traitement peut se prolonger pendant 4 à 5 mois . Il faut pouvoir donner les 2 médicaments pour une période aussi longue que possible sans l'espoir d'augmenter les réactions de défense du patient et éviter l'intervention en gnrissant le malade . Si l'intervention devient nécessaire malgré le traitement il faudra continuer la médication durant 2 à 3 semaines après l'opération .

Chacun des médicaments utilisé séparément et dans des doses suffisantes peut provoquer des réactions toxiques . On connaît celles causées par la streptomycine . Les auteurs américains pensent que ces phénomènes toxiques dépendent davantage de l'état des reins du malade que des doses employées durant une période prolongée .

Pour le P.A.S le maximum sanguin est atteint durant la 1ère ou la 2ème heure après l'administration du médicament . Après la 4ème heure la concentration est à son minima . Approximativement 85 % de la quantité ingérée passe dans les urines dans les 10 à 12 heures qui suivent l'ingestion . D'où la nécessité de donner des doses fractionnées .

L'administration orale de P.A.S. peut causer des troubles gastro-intestinaux : nausées , vomissements, perte d'appétit , de poids, pesanteur épigastrique, diarrhée .

Les malades peuvent encore manifester leur intolérance au médicament par :

- des réactions fébriles modérées ou sévères
- de l'érythème
- du prurit localisé ou généralisé
- de l'hypoprothrombinémie
- des troubles rénaux passagers .

Le P.A.S. peut être donné par voie intra-veineuse quand la streptomycine et le P.A.S. administré per os n'a pas été actif . Si la perfusion veineuse n'est pas possible on fera une perfusion sous-cutanée . Jusqu'à présent il n'a pas été nécessaire d'employer ces voies . Les réactions intestinales semblent être le résultat d'effet locaux car l'administration parentérale de sels de sodium de l'acide para-amino-salicylique ne produit pas ce type d'intolérance .

Dès que l'intolérance apparaît chez un malade on doit diminuer la dose des médicaments . On peut réduire la posologie de la streptomycine à 0,5 g. par jour et celle du P.A.S. à 5 g. Si les réactions toxiques persistent , il faudra supprimer le médicament en cause pendant plusieurs jours . Après ce laps de temps et à moins que le patient ne soit sensibilisé au médicament la thérapeutique pourra être reprise avec la plus petite dose active . La prolongation du traitement jusqu'à la guérison dépendra :

- de l'état des reins
- de l'atteinte possible du système hémopoïétique
- du degré de sensibilité du malade
- du type et du degré des phénomènes d'intolérance.

Dans les traitements prolongés on pourra utiliser avec profit les anti-histaminiques .

Résultats cliniques du traitement

Le P.A.S. n'est pas aussi actif que la streptomycine sur le B.K. On note cependant grâce à cette médication , du bien être , une température voisine de la normale , une augmentation de l'appétit, du poids . Les pertes blanches disparaissent graduellement, le fonctionnement intestinal se régularise ainsi que la vitesse de sédimentation . La leucopénie relative et la lymphocytose reviennent à des taux normaux . Les globules rouges augmentent ainsi que le taux de l'hémoglobine . Enfin le disfonctionnement menstruel se corrige, les patientes aménorrhéiques sont réglées à nouveau.

Avec la streptomycine on obtient les mêmes résultats. L'alliance des 2 médicaments procure une thérapeutique plus sûre, plus prolongée . Dans certaines formes de tuberculose génitale fibreuse , avec ou sans ascite, plus la malade sera traitée longtemps et moins se fera sentir le besoin de l'opération . Certaines formes de tuberculose très plastiques, certaines lésions caséeuses nécessitent plus fréquemment la chirurgie . Ces malades sont plus capables de supporter les rigueurs de l'opération après un traitement combiné . Les lignes de clivages sont plus facilement trouvées , et le pouvoir récupératif de la malade est augmenté . Les suites opératoires sont excellentes .

A sa 2ème opération la malade de l'observation 2 ne présentait plus de lésions tuberculeuses (compte rendu de l'histologiste) . Elle avait préalablement suivi un traitement intensif de streptomycine et de P.A.S. A la 1ère laparotomie faite avec un diagnostic clinique de kyste de l'ovaire , on s'était contenté d'aérer l'abdomen devant les multiples adhérences qui rendaient le pyosalpinx tuberculeux inextirpable .

Notre malade après une salpingectomie droite (la trompe gauche ne pouvait être enlevée) a été traitée simultanément par la streptomycine et le P.A.S. Elle a reçu en tout 60 g. de streptomycine et n'a présenté aucune intolérance aux médicaments . L'abdomen est resté un peu ballonné . Ce n'est que la cure héliomarine, que nous étudierons plus loin qui a fait régresser le ballonnement et la masse annexielle gauche .

Nous signalerons le nouveau traitement de la tuberculose par l'acide isonicotinique . Mis en

service pour la première fois en 1952 , on l'a appliqué tout de suite dans le traitement de la localisation gé-nitale de la tuberculose . Il n'y a pas suffisamment de recul pour compérer l'effet thérapeutique de l'I.N.H. et de la streptomycine et du P.A.S. D'après les 3 obser-vations de APYL, JE Marcel, on serait en droit d'espérer une guérison totale des lésions tuberculeuses . Ces au-teurs ont obtenu des guérisons contrôlées par des exa-mens biopsiques, coelioscopiques . Ils ont même noté dans un cas une reperméabilité d'une trompe (cas excep-tionnel dans la littérature) .

La dose employée a été de 300 mgr. par jour, soit 5 mgr. par Kg. et par jour pendant 3 mois per os .

Comme le B.K. semble présenter à la longue une résis-tance vis à vis de l' I.N.H. comme pour les autres anti-biotiques , il serait plus prudent de l'associer à la streptomycine et au P.A.S.

Avec la cure héliomarine et le repos qui lui est toujours associé on obtient des résultats remarquables dans le traitement de certaines formes de tuberculose . La cure solaire agit surtout par l'ac-tion des rayons ultra-violets . Elle peut être rempla-cée directement par ceux-ci quand les radiations atmo-sphériques ne permettent pas l'exposition au grand air .

L'héliothérapie et la balnéation produisent un effet stimulant sur la respiration , la circulation, les échanges cellulaires . L'état général s'améliore. Localement ses effets analgésants et décongestionnants sont indéniables . Les 2 malades dont nous avons rap-porté l'observation n'ont plus présenté de masses an-ne-xielles volumineuses après leur cure, qui dans un cas se poursuivait pendant 7 mois : elles avaient littéra-lement fondu .

La cure doit être appliquée sous surveillance médicale ; l'exposition au soleil doit être progressive. On débute par les pieds pour éviter une congestion vis-cérale . Puis progressivement on expose les jambes , les cuisses , l'abdomen , le thorax . La durée d'expo-sition va de 5 à 30 minutes .

La cure héliomarine modifie l'état anatomique des lésions des différentes formes de tuberculose an-ne-xielle . Qu'il s'agisse de tuberculose fibrocaséuse, d'ascite des jeunes filles , de formes fistulisées post-

opératoires . Elle est même un adjuvant indispensable de l'intervention , la permettant dans certains cas , alors qu'elle ne semblait pas indiquée de prime abord . Elle est contre-indiquée dans les formes aiguës de tuberculose annexielle et les formes associées à une tuberculose pulmonaire évolutive .

Durant la cure , les malades se soumettent à une cure de repos allongé plusieurs heures dans la journée . Le repos évite les poussées congestives , apaise les poussées douloureuses , économise les forces des malades .

Les injections de calcium I.V. , d'extraits hépatiques luttent efficacement contre la fatigabilité , l'anémie dont souffrent ces tuberculoses génitales .

Monique M. reçut en moyenne :

- 7 injections I.V. de calcium par mois pendant les mois de février , mars , avril , juin .

- des extraits hépatiques en ampoules buvables 10 jours par mois .

Le résultat des différentes thérapeutiques :

- streptomycine et P.A.S.

- cure héliomarine , repos

- calcium I.V. , extraits hépatiques

se solda par un gain de poids de 9 kg 400 en 7 mois et une guérison clinique totale .

Certains auteurs préconisent la roentgenthérapie si le traitement chirurgical ne peut être conseillé . Elle pourrait aussi préparer l'intervention et lui faire suite . " Les rayons de Roentgen n'ont aucune action sur le bacille de Koch , mais par contre la constitution histologique du follicule tuberculeux est radiosensible , donc rapidement détruit et les éléments constitutifs en sont résorbés . Le tissu conjonctif peut alors proliférer localement et englober le foyer tuberculeux dans une gangue cicatricielle . "

Nous pensons qu'il faut réserver ce traitement quand on ne peut assurer l'amélioration des malades par l'héliothérapie associée aux antibiotiques . La roentgenthérapie comporte un risque non négligeable de castration définitive ou partielle . Chez ces malades plutôt jeunes nous craignons davantage les troubles causés par une ménopause précoce que la stérilité elle-même . En les traitant par les rayons ultra-violet on ne porte pas atteinte à la fonction ovarienne et l'on obtient comme nous l'avons vu une regression notable des masses annexielles en évitant l'obésité , les bouffées de chaleur ,

le psychisme déplorable des femmes castrées artificiellement à un âge relativement jeune . Quant à la stérilité dans l'un ou l'autre traitement , elle est d'une incidence presque certaine . Les rayons X aux doses curatives détruisant les follicules de de Graaf ; la tuberculose tubaire oblitérant les trompes dans la majorité des cas .

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

était autrefois très en faveur . Jean-Louis Faure déclarait : " La tuberculose d'origine génitale étendue à tout le pelvis est au-dessus des méthodes thérapeutiques médicales ou physiothérapiques " et Daniel : " nous ne comprenons pas que l'on puisse hésiter entre les méthodes non sanglantes et la chirurgie , dont les risques peuvent être considérés pratiquement peu importants... Les interventions conservatrices nous paraissent être réservées aux cas où l'extirpation des lésions n'est pas possible techniquement." Depuis l'ère antibiotique tous les auteurs sont revenus de cette conception purement chirurgicale du traitement de la tuberculose annextielle . Nous avons vu les bienfaits de la streptomycine et du P.A.S. sur les lésions génitales de la tuberculose et la bonne préparation que cette thérapeutique peut constituer pour une éventuelle intervention . Nous allons citer les indications et contre-indications opératoires .

Indications opératoires :

1°) Evacuation de l'ascite s'il est très important par une laparotomie sans drainage .

2°) Salpingectomie , hystérectomie après traitement médical dans les cas de pyosalpinx répondant mal au seul traitement médical.

3°) Salpingectomie en cas d'abcès froid tubaire , annexectomie .

Contre-indications opératoires :

L'opération ne sera pas conseillée s'il s'agit :

1°) D'une tuberculose génitale associée à un autre foyer en évolution .

2°) D'une péritonite ascitique .

3°) D'une pelvi-péritonite fibrocaséuse.

Les interventions sont souvent génératrices de fistules , d'occlusions intestinales .

LE PRONOSTIC FONCTIONNEL

Malgré les moyens actuels dont nous disposons pour dépister et traiter la tuberculose le pronostic fonctionnel de la tuberculose génitale reste sombre . La fonction endocrinienne d'une part , la fonction de reproduction d'autre part sont modifiées souvent d'une façon irréversible .

Les sécrétions ovariennes demeurent insuffisantes . Si dans quelques cas il y a un hyperfonctionnement ovarien manifesté par des menstruations prolongées, des frottis vaginaux hyperfolliculiniques , il est fréquent de noter des aménorrhées s'accompagnant d'une insuffisance hormonale . L'hypoplasie utérine est une conséquence de cette déficience du fonctionnement de l'ovaire .

Sur cet utérus impropre à développer une grossesse d'ailleurs peu probable , s'abcouchent des trompes oblitérées . Ce sont ces trompes fermées qui sont le plus souvent responsables de la stérilité de ces malades puisque le spermatozoïde ne parvient pas au contact de l'ovule .

Si les trompes ne sont pas complètement obstruées , il existe souvent à leur niveau des remaniements permanents qui empêchent la libre progression de l'ovule fécondé vers l'utérus . L'oeuf s'arrête dans une zone retrécie , se développe et peut provoquer tous les accidents de la grossesse extra-utérine .

Malgré toutes ces conditions défavorables à la fécondation et à la nidation de l'oeuf dans l'utérus , on note quelques grossesses souvent interrompues par un avortement .

Les reveils ou la première manifestation d'une tuberculose génitale latente se voient également après une grossesse qui provoque dans le post-partum une poussée aiguë nécessitant par la suite une hystérectomie .

Donc malgré tout traitement appliqué dès les premiers symptômes cliniques la stérilité plane comme un spectre sur toutes les femmes jeunes désireuses de maternité . Contre l'oblitération tubaire toute une gamme de techniques chirurgicales se sont efforcées de

rétablir une voie perméable pour l'ovule , de l'ovaire à l'utérus sans grands succès d'ailleurs . Le traitement médical bien qu'efficace sur les lésions tuberculeuses n'empêche pas l'oblitération des trompes . Nous n'avons trouvé qu'un cas dans la littérature où une trompe s'était reperméabilisée sous l'action du rimifon . Il est à espérer que ce ne sera pas le seul cas .

C O N C L U S I O N

Au sujet de 2 observations de tuberculose génitale chez des jeunes filles de 14 et 15 ans survenue après la primo-infection . L'imprégnation tuberculeuse s'était faite 2 ans avant les signes d'atteinte génitale chez notre malade , et 4 ans auparavant chez une malade de J.E. Marcel . Dans le 2ème cas la primo-infection s'était manifestée sans troubles graves . Les 2 malades présentaient une forme de tuberculose annexielle peu commune à leur âge .

Il s'agissait d'une forme fibro-caséuse avec pyosalpinx .

Les symptômes étaient différents . Dans notre observation la malade présentait une aménorrhée douloureuse depuis 4 mois avec ballonnement et pertes jaunâtres . Ce qui faisait craindre une grossesse à la mère malgré le jeune âge de la fille et l'hymen trouvé intact à l'examen .

L'autre malade au contraire ne présentait que des metrorragies non douloureuses , que tous les traitements hormonaux institués ne pouvaient arrêter .

Au toucher rectal et vaginal combiné chez ces 2 malades vierges on a trouvé une masse pseudo-kystique de la grosseur d'un pamplemousse prédominant à gauche . Ce n'est que la laparotomie qui dans notre cas vint confirmer le diagnostic et le rétablir dans l'autre pour qui on faisait un diagnostic de tumeur de l'ovaire .

A l'intervention on n'a pu enlever que la trompe droite à notre malade et rien à l'autre à cause des multiples adhérences qu'avait produites le processus tuberculeux . Des granulations tuberculeuses parsemaient le péritoine et dans l'observation 2 un pyosalpinx bila-

téral bloquait le pelvis , la trompe gauche étant plus volumineuse que la droite . Les 2 interventions ont été faites sous couvert de streptomycine . Par la suite on a continué la streptomycine associée au P.A.S.

Quelques mois après l'intervention notre malade fut envoyée à un établissement héliomarin d'où elle revient guérie au bout de 7 mois .

La seconde malade après avoir bénéficié d'une cure de repos eut plusieurs rechûtes et fut hystérectomisée . Elle se porte bien depuis sa 2ème intervention .

Il ressort de ces 2 observations :

1°) que l'on est trop souvent porté à faire le diagnostic de kyste de l'ovaire chez des jeunes filles présentant une masse annexielle .

2°) qu'il faut tenir compte des antécédents tuberculeux surtout à l'âge pubertaire et après .

3°) que l'on peut rencontrer chez la jeune fille une forme annexielle avec pelvi-péritonite fibro-caséuse quoiqu'on la trouve plus fréquemment chez la femme plus âgée .

4°) que les troubles menstruels peuvent être différents : aménorrhée ou metrorragie . Les metrorragies étant plus fréquentes d'après les auteurs .

5°) qu'il existe une période de latence certaine avant les manifestations cliniques : ballonnement , douleurs , metrorragies , aménorrhée qui attirent l'attention sur des lésions déjà fort avancées .

6°) que le traitement médical peut guérir les lésions à condition d'être prolongé .

7°) que le pronostic fonctionnel est sérieux puisque dans l'un des cas l'évolution de la maladie a conduit à l'hystérectomie et dans l'autre il ne subsiste qu'une trompe , la gauche , qui a été la plus atteinte par le processus tuberculeux chez ces 2 malades .

A propos de ces 2 observations nous avons repris l'étude complète de la tuberculose génitale . Après avoir tracé l'historique , l'étiopathogénie de la tuberculose génitale chez la femme , la fréquence de la primo-infection à l'âge pubertaire, nous avons décrit les différentes formes anatomo-cliniques de la tuberculose annexielle . Nous avons insisté sur les différents tests et examens paracliniques de dépistage de la tuberculose génitale :

- cuti et intradermo réactions de Mantoux
- vitesse de sédimentation
- réaction de Vernes résorcine

- hystérosalpingographie
- biopsie de l'endomètre
- culture des fragments biopsiques
- culture et inoculation des pertes menstruelles
- caélioscopie .

Nous pensons que la recherche de ces différents tests et examens peut permettre de découvrir à temps les lésions tuberculeuses qui bénéficieront davantage d'un traitement purement médical et physiothérapique . L'association des antibiotiques streptomycine, P.A.S. , I.N.H. est recommandable , car elle éloigne la possibilité de résistance du B.K. , permet un traitement plus prolongé et assure ainsi la guérison .

Malgré tous les moyens dont nous disposons à l'heure actuelle pour le diagnostic et le traitement de la localisation génitale de la tuberculose , la stérilité est presque toujours fatale . Ces femmes désirant un enfant ne peuvent alors que se tourner vers la chirurgie qui , si elles n'ont pas été hystérectomisées, pourra par une opération plastique permettre la fécondation à travers ces trophées rendues perméables .

Vu : le Président de Thèse

Prof. LEVY - SOLAL

Vu : le Doyen de la Faculté

de Médecine de Paris

Prof. L. BINET

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH .

B I B L I O G R A P H I E

- AIMES et ESTOR - La streptomycine et la tuberculose
génitale de la femme .
Gyn. Obst. (suppl.) 1949 n° 1-41
- AMELINE - La streptomycine dans la tuberculose
génitale de la femme .
La presse médicale 9 Déc. 1950
- BAUMANN - La streptomycine dans la tuberculose
génitale de la femme .
La presse médicale 1er Juin 1950
- BEDRINE ET HOULNE - Intérêt des cultures sur milieux spé-
ciaux dans le diagnostic bactériolo-
gique de la tuberculose de l'endomètre.
Assoc. Gyn. et Obst. de langue française
28 au 30 sept. 1950 n° 4bis -202 -205
- BEDRINE ET HOULNE - La tuberculose de l'endomètre : impor-
tance de la culture des fragments biopsi-
ques pour le diagnostic , le traitement
et l'étude des caractères évolutifs
de la malade .
Soc. royale belge Gyn. et Obst. 2 Fèv.
1952
- BORDA-GUIBER - Thèse de Bordeaux 1949 . La salpingite
tuberculeuse .
- BERKOVITS - Le diagnostic de la tuberculose anne-
xielle, ses difficultés - 1926 .
- BROCC, MOULONGUET, GIBERT - La Presse Médicale oct. 1933 .
- BROMBERG et S. ROZIN - Journal of Obst. and Gynec. of
British Empire 1952
- C. HAVANNAZ - Streptomycine et tuberculose des anne-
xes. Aead de chirurgie 1950 -677
- 12 ème Congrès français de Gynécologie . Montpellier .
Mai 1948 - 93.015 .
- COTTE et GUILLEMIN - Tuberculose annexielle à forme silen-
cieuse , inapparente et méconnue .
Gyn. et Obst. 44-45 .
- COTTE et MATHIEU - Tuberculose annexielle . Clinique thé-
rapeutique gynécologique 1951. Masson Ed
- H. DENEL - Le diagnostic radiologique de la
salpingite tuberculeuse . Gynécologie .
Sept. 1948
- Encyclopédie Medico-Chirurgicale : Gynécologie .
(Tuberculose génitale) .

- FAULKNER - Le diagnostic de l'annexite tuberculeuse au moyen de l'examen de l'endomètre . Am. j. of Obst. and Gyn. Août 1951 p. 321 - 329
- FERRARI - Tuberculose génitale . Encyclopédie Médico-Chirurgicale 1948 - 53 .
- FLAMMANT et LAMBERT - Formes cliniques de la tuberculose utéro-annexielle . Bruxelles médical n° 31 - 35 Sept. 51
- GAUGIN - Les localisations génitales de la tuberculose chez la femme . Etude étiopathogénique et thérapeutique . Thèse Paris 1950 n° 465 dactylo.
- GIOANNI - Etapes du diagnostic de la tuberculose étendue de l'utérus et des annexes . Revue Fr. de Gyn. et d'Obst. Oct. 48 .
- GOROVITZ - Thèse 1900 Paris .
- GRANSON, VASSY et BOLLELAER - Tuberculose des trompes de Fallope . Diagnostic par H.S.G. Bull. de l'Assoc. Gyn. et Obst. 1949
- GUENEGEZ - La tuberculose génitale de la femme, retentissement sur les fonctions de reproduction . Thèse Paris 49 .
- HALBRECHT - Detection du B.K. dans les sécrétions utérines . Diagnostic et pronostic de la tuberculose génitale latente de la femme . The j. of Am. Méd. Assoc. 4 Fèv. 1950 vol. 142 .
- HELDEN et MAGNUSSEN - Les H.S.G. dans la tuberculose génitale des femmes . Acta Radiol Scand . 1947 .
- P. MALKANI et C. KRAJANI - Isonicotinic Acid hydrazide in the treatment of endometrial Tuberculosis . Indian Med. Gaz. 1953
- P. MALPAS - Tuberculose de l'endomètre . The Practitioner Nov. 53
- J.H. MARCEL - Kyste , tumeur de l'ovaire ou tuberculose ? Gynécologie Pratique Tome I n°3 1950
- LASSE - La streptomycine dans la tuberculose génitale de la femme . La Presse Médicale - 20 Mai 1950
- MCUGENOT - 5 observations de tuberculose annexielle . 12ème Congrès de Gynécologie Montpellier 48
- MACULONGUE - La salpingite tuberculeuse . Ac. Chir. Juillet 1949
- NETTER - Tuberculose génitale et grossesse . Soc. F. de Gyn. 4 Oct. 1948
- O'DRISCOLL - Tuberculose génitale avec tuberculose pulmonaire . The Lancet - 15 Sept. 1951

- E. PILLA et P. MARCONI - La tb. genitale femminile nell'infanzia e adolescenza
Archivio italiano di Pediatria e Puericoltura Bologna 1949
- PYE et MARCEL - Résultats du traitement de la tuberculose génitale par l'acide isonicotinique .
- A. RANDON - Contribution à l'étude de la tuberculose annexielle . Thèse Paris 1924
- VERDET - Du danger des explorations locales dans la tuberculose génitale de la femme stérile . Thèse Paris 1948
- H. SERED , F. FALLO
BRUCE P. ZUMMO - The treatment of female genital tuberculosis with streptomycin and P.A.S.
Am. j. of Obst. and Gyn. Oct. 53

